

**Заключение.** Ретроспективный анализ показал, что в нашем регионе преобладает социальное сиротство. Основными причинами, оказывающими негативное влияние на физическое состояние детей раннего возраста, являются: употребление беременной женщиной алкоголя и никотина, отягощенный инфекционный анамнез. Пребывание детей в социальных учреждениях, в большинстве случаев, улучшает показатели физического и нервно-психического развития детей-сирот, однако зависит и от биологического анамнеза. Для воспитанников домов ребенка характерна низкая резистентность, проявляющаяся высоким уровнем острой заболеваемости, и задержка детей в нервно-психическом развитии.

**Литература:**

1. Альбицкий, В.Ю. Социальные сироты как медико-социальная проблема / В.Ю. Альбицкий, Т.А. Гасиловская, А.И. Ибрагимов // Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. – М. : Династия, 2003. – С. 299–320.
2. Доскин, В.А. Особенности соматического и нервно-психического здоровья детей из социально неблагополучных условий / В.А. Доскин, Т.Г. Авдеева, Н.В. Сулимова // Рос. педиатр. журн. – 2001. – № 1. – С. 24–26.

**УДК 618.2:616.9**

**ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА И РЕАЛИЗАЦИИ ИНФЕКЦИИ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

*Мацуганова Т.Н., Герасимова Т.С., Радецкая Л.Е., Колбасова Е.А.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Среди причин перинатальной заболеваемости и смертности одно из ведущих мест занимает инфекционная патология плода и новорожденного [1, 2]. В связи с этим является актуальным выявление факторов риска внутриутробного инфицирования плода с последующей реализацией инфекционного процесса у новорожденных.

**Цель исследования.** Выявить наиболее значимые факторы риска внутриутробного инфицирования плода и определить степень риска реализации инфекции в раннем неонатальном периоде.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 84 историй новорожденных, историй родов и амбулаторных карт женщин, родоразрешенных в роддоме БСМП г. Витебска. В основную группу вошли 54 новорожденных с реализацией инфекции в раннем неонатальном периоде: 27 - с врожденной пневмонией, 9 - с пневмонией на фоне респираторного дистресс-синдрома 1 типа (РДС) и 18 - с инфекций специфичной для перинатального периода. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных.

Факторы риска внутриутробного инфицирования определялись на основании изучения данных общего и акушерско-гинекологического анамнеза, данных о течении беременности и родов.

Степень риска реализации инфекционного заболевания определялась в баллах по шкале риска развития инфекции [2]. Обработка полученных данных проводилась с использованием модуля Basic Statistics/Tables, Nonparametrics пакета прикладных программ Statistica 10. Значимыми считались различия при  $P \leq 0,05$ .

**Результаты исследования.** Основная и контрольная группы существенно не различались по возрасту (  $M_e=28$  лет и  $M_e=26$  лет, соответственно) и паритету. Все женщины контрольной группы родоразрешались при доношенной беременности (после 37

недель) через естественные родовые пути. В основной группе при доношенной беременности родоразрешена 31 (57,4%) женщина, с 35 до 37 недель – 12 (22,2%), в 31-34 недели – 7 (12,9%), до 30 недель – 4 (7,4%). В контрольной группе все дети родились в удовлетворительном состоянии, доношенными. В основной группе доношенными родились 31 (57,4%), недоношенными – 23 (42,6%) ребенка, в том числе маленькими к сроку гестации – 2 (8,7%) и 1 (4,3%) – с экстремально низкой массой тела. Родоразрешено через естественные родовые пути 26 (48,1%) женщин, путем экстренной операции кесарева сечения – 28 (51,9%). В состоянии асфиксии родилось 40,7%, преимущественно недоношенных новорожденных.

При проведении анализа факторов риска внутриутробного инфицирования плода по данным анамнеза женщин контрольной и основной групп нами не выявлено значимых различий частоты искусственного (16,7% и 27,8%,  $P=0,252$ ) и самопроизвольного (10,0% и 18,5%,  $P=0,301$ ) прерывания беременности, преждевременных родов (3,3% и 7,4%,  $P=0,449$ ), хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (6,7% и 12,9%,  $P=0,371$ ) и дыхательной системы (0% и 7,4%,  $P=0,126$ ). Среди хронических гинекологических заболеваний статистически значимой была высокая частота воспалительных заболеваний шейки матки (30,0% и 70,4%,  $P=0,0004$ ).

Анализ факторов риска внутриутробного инфицирования во время беременности показал, что у женщин основной группы достоверно чаще встречалась экстрагенитальная инфекция (77,8% против 56,8% в контроле,  $P=0,042$ ), угроза выкидыша (20,4% и 13,3%,  $P=0,04$ ), инфекция мочевыводящих путей (20,4% и 3,3%,  $P=0,032$ ), фетоплацентарная недостаточность (66,7% и 16,6%,  $P=0,000$ ), задержка внутриутробного роста плода (22,2% и 0%,  $P=0,005$ ), тогда как частота угрожающих преждевременных родов (25,9% и 26,7%,  $P=0,341$ ), истмико-цервикальной недостаточности (12,9% и 16,7%,  $P=0,642$ ), анемии беременных (46,3% и 26,7%,  $P=0,077$ ) существенно не различались. Среди генитальных инфекций одинаково часто встречался кольпит (83,3% и 64,81%,  $P=0,071$ ), однако цервицит в 2,5 раза чаще (36,6% и 14,8%,  $P=0,021$ ) выявлялся у беременных основной группы.

В родах у женщин основной и контрольной групп не выявлено существенной разницы в частоте преждевременного (42,6% и 33,3%,  $P=0,405$ ) и раннего (16,67% и 30%,  $P=0,153$ ) разрыва плодных оболочек, длительности безводного промежутка более 6 часов (22,2% и 30%,  $P=0,430$ ), однако только у женщин основной группы встречалась гипертермия (11,1%), острая (16,7%) и обострение хронической экстрагенитальной инфекции (13,0%), амниохорионит в родах (9,3%).

При определении риска реализации внутриутробной инфекции учитывались длительность безводного периода более 12 часов, температура тела у матери, оценка по шкале Апгар, масса тела ребенка и наличие острых или обострения хронических инфекционных заболеваний накануне и/или в родах. Риск реализации внутриутробной инфекции в контрольной группе минимальный (0 баллов) был у 28 (93,3%) новорожденных, умеренная степень риска (1-2 балла) – у 2 (6,7%), тогда как в основной группе минимальная степень риска была только у 10 (18,5%,  $P=0,000$ ), умеренная – у 17 (27,8%,  $P=0,009$ ), высокая (3 балла и более) – у 29 (53,7%,  $P=0,000$ ) новорожденных.

### **Выводы.**

1. Наиболее значимыми факторами риска внутриутробного инфицирования плода во время беременности являются экстрагенитальная инфекция, угроза прерывания беременности в ранние сроки, инфекция мочевыводящих путей, фетоплацентарная недостаточность с задержкой внутриутробного роста плода, недоношенность, а также воспалительные заболевания шейки матки.

2. В родах риск внутриутробного инфицирования плода создают гипертермия у роженицы, проявление острой и обострения хронической экстрагенитальной инфекции, амниохорионит.

3. У новорожденных с клиническими проявлениями инфекции в раннем неонатальном периоде отмечается наиболее высокая степень риска реализации внутриутробной инфекции.

#### **Литература:**

1. Косенкова, Е.Г. Инфекции специфичные для перинатального периода (внутриутробные инфекции): распространенность, этиопатогенез и диагностика / Е.Г. Косенкова, И.М. Лысенко, Л.Н. Журавлева // Охрана материнства и детства. – 2011. – № 2. – С. 18–25.

2. Перинатальные инфекции : учеб.-метод. пособие / А.К. Ткаченко [и др.]. – Минск, 2016. – 110 с.

**УДК 616.511-002.192-058.86-053.6(476.5)**

### **УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВИТЕБСКОМ РЕГИОНЕ**

***Мацук О.Н., Асирян Е.Г., Матющенко О.В.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Актуальность.** Впервые описал узловатую эритему (УЭ) английский дерматолог R. Willan в 1798 г. Он же обратил внимание на более частое развитие данной патологии у женщин. Узловатая эритема может развиваться в любом возрасте, но наибольшая заболеваемость наблюдается среди молодых лиц, что, по мнению некоторых авторов, является следствием более частой встречаемости саркоидоза в этой популяции. Установлено наличие связи заболевания в большинстве случаев с перенесенной острой вирусной и бактериальной инфекциями, в меньшей степени с туберкулезной инфекцией [1,2,3]. По данным эпидемиологических исследований, частота УЭ в различных регионах мира широко варьирует и зависит от распространенности того или иного заболевания, являющегося этиологическим фактором УЭ в данной конкретной местности. Большинство случаев УЭ регистрируется в первой половине года, что, вероятно, связано с большей частотой А–стрептококковой инфекции в это время [3,4]. Частота идиопатической УЭ варьирует от 5 до 45%. В большинстве случаев УЭ рассматривается, как неспецифический иммуновоспалительный синдром, который может быть вызван широким кругом этиологических факторов[5]. Обнаружена высокая встречаемость УЭ у женщин, имеющих HLA B8 антиген, что может указывать на наличие наследственной предрасположенности к данному заболеванию. Эпидемиологические показатели заболеваемости УЭ среди детского населения точно не известны, поэтому работы посвященные изучению узловатой эритемы у детей являются актуальными.

**Цель.** Изучить эпидемиологию узловатой эритемы, этиологию, клинические проявления, особенности лабораторной диагностики и эффективность антибактериальной терапии у детей и подростков Витебского региона.

**Материал и методы.** Нами были проанализированы результаты обследования и лечения пациентов, которые поступили на обследование и лечение в ВОДКЦ с диагнозом узловатая эритема за период 2014-2017 год. В группу исследования входили 18 пациентов в возрасте от 2 до 17 лет. Средний возраст составил  $7.4 \pm 1.4$  (девочек – 40%, а мальчиков – 60%). В городе проживают 80%, в сельской местности – 20%. При исследовании учитывались жалобы, данные анамнеза, объективного исследования, результаты лабораторных и инструментальных данных, проводился анализ эффективности